

ANNÉE 1941

THÈSE

210

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

RIALLAND (Donatien-Paul-Alexandre-Marie)

Né aux Touches (Loire-Inférieure), le 6 Mai 1913

**A PROPOS D'UN CAS DE
TUBERCULOSE CUTANÉE
CONSÉCUTIVE A UN
ÉRYTHÈME POLYMORPHE**

Président de Thèse : M. H. GOUGEROT, Professeur

ANGERS
L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU
21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL

1941

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

RIALLAND (Donatien-Paul-Alexandre-Marie)

Né aux Touches (Loire-Inférieure), le 6 Mai 1913

A PROPOS D'UN CAS DE TUBERCULOSE CUTANÉE CONSÉCUTIVE A UN ÉRYTHÈME POLYMORPHE

Président de Thèse : M. H. GOUGEROT, Professeur

ANGERS
L'IMPRIMERIE DE L'ANJOU
21, BOULEVARD GASTON-DUMESNIL

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale.....	FIESSINGER.
	LOEPER
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	
ladies de l'encéphale.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphi-	
litiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO
Clinique chirurgicale.....	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	MOCQUOT.
pédie	
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryncologique.....	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	TROISIER.
dulte	
Clinique cardiologique	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance Médico-Sociale	CLOVIS VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire.....	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale..... BARIETY.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANCON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Chimie BOULANGER.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale..... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Anatomie pathologique DELARUE.
 Pathologie médicale DELAY.
 Physique DEGREZ H.
 Médecine légale DESOILLE.
 Obstétrique DIGONNET.
 Physique DOGNON.
 Pathologie chirurgicale FEVRE.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK-BRENTANO
 Parasitologie GALLIARD.
 Pathologie médicale..... GARCIN.
 Anatomie pathologique Mlle GAUTHIER-VILLARS
 Pathologie médicale..... DE GENNES.

MM.

Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie . HALPHEN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie médicale ... LENEGRE.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie médicale MARCHAL.
 Pathologie chirurgicale MENEGAUX.
 Pathologie médicale ... MOLLARET.
 Pathologie médicale MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale . PATEL.
 Pathologie chirurgicale . PETIT-DUTAILLIS
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale . SENEQUE.
 Pathologie chirurgicale . SICARD.
 Pathologie médicale SOULIE.
 Obstétrique SUREAU.
 Pathologie médicale TURPIN.
 Pathologie chirurgicale . WILMOTH.



III — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.

MM.

Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Médecine légale..... PIEDELÈVRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGREGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
BRULÉ.
CATHALA.
CHABROL.
CHEVALIER.
DONZELOT.
DUVOIR.
GASTINEL.
LAROCHÉ G.
LIAN.
MOREAU.
SEZARY.

Clinique
médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
FEY.
GATELLIER.
de GAUDART
d'ALLAINES
LEVEUF.
MOULONGUET
MOURE.
QUENU.

Clinique
chirurgicale

MM.
ECALLE
METZGER.
PORTES
VIGNES

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Stomatologie
Puériculture

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDoux-LEBARD.
RUPPE.
WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE — A MA SŒUR

En témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance.

A MES TANTES

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. GOUGEROT

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Hommage de reconnaissance
pour l'honneur qu'il m'a fait
en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR YVES BUREAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur de Clinique des Maladies de la Peau
à l'Ecole de Médecine de Nantes
Dermatologiste des Hôpitaux

*Qui m'a proposé le sujet de
cette thèse et guidé de ses pré-
cieux conseils. Je lui exprime
ma respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR V. GUILLON

Médecin des Hôpitaux de Nantes

*Qui m'a traité avec tant de
bonté. Qu'il veuille bien trou-
ver ici l'expression de mon
affectueuse et profonde recon-
naissance.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE NANTES

Stage :

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON SOURDILLE (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PICARD

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR PASQUEREAU (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERGER

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUDIN

MONSIEUR LE DOCTEUR J. VIEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRELET

MONSIEUR LE DOCTEUR J. POUMIER

A MES AUTRES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUTIER (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR PERRIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. MIRALLIE

MONSIEUR LE DOCTEUR BARON

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOQUIEN

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DU HAVRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GAMBILLARD

MONSIEUR LE DOCTEUR THOREL

MONSIEUR LE DOCTEUR LANOS

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES

MONSIEUR LE DOCTEUR SEBALD

MONSIEUR LE DOCTEUR STEMPOWSKI

MONSIEUR LE DOCTEUR VINZENT

MONSIEUR LE DOCTEUR H. POTE

INTRODUCTION

L'Erythème Polymorphe est une affection dont les caractères cliniques sont actuellement bien connus. Depuis qu'HÉBRA, le premier, a réuni et décrit sous le nom, d'ailleurs plus juste, d'érythème exsudatif multiforme, des manifestations cutanées très voisines considérées jusqu'alors comme essentiellement différentes, de nombreux auteurs, dont les derniers sont M. LORTAT-JACOB et M. RAMEL, ont contribué à faire de l'Erythème polymorphe une entité clinique bien individualisée.

Mais l'accord n'est pas encore fait quant à son étiologie. Les uns considèrent l'érythème polymorphe comme un syndrome relevant de causes variées. Les autres pensent qu'il s'agit d'une maladie infectieuse autonome dont l'agent reste à découvrir. D'autres enfin vont plus loin, et, à la lumière des travaux de M. RAMEL (de Lausanne), pensent avec lui que la tuberculose est toujours en cause.

Après avoir fait le point de l'état actuel de la

question, nous nous proposons, à propos d'un cas de tuberculose cutanée consécutive à un érythème polymorphe, observé dans le service de Dermato-Vénérologie de Monsieur le Professeur Yves BUREAU, de rapporter les réflexions que ce fait exceptionnel nous suggère.

ORIGINE DE L'ÉRYTHEME POLYMORPHE

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer la nature de l'Érythème Polymorphe. Leur nombre est dû au fait que cette affection n'apparaît pas toujours isolément, à titre spontané, mais aussi au cours d'états infectieux ou toxiques, très variés qui ont été alors considérés comme sa cause directe. Dans le premier cas, l'érythème polymorphe est dit primitif ou idiopathique ; dans le second, il est dit secondaire ou symptomatique.

Dans leurs rapports au IV^e Congrès des Dermatologistes de Langue Française (Paris 1929), MM LORTAT-JACOB et RAMEL ont montré qu'en réalité, c'est abusivement que des auteurs ont décrit comme érythèmes exsudatifs multiformes secondaires, des éruptions ressemblant plus ou moins à la dermatite de Hébra, mais n'en ayant pas les caractères fonda-

mentaux : « association d'infiltration, d'inflammation et d'exsudation », sans lesquels on ne saurait employer ce vocable. Il n'en existe pas moins quelques cas d'érythèmes polymorphes secondaires indiscutables, qui viennent à l'appui de la conception de l'érythème polymorphe, *syndrome multi-étiologique*, conception inspirée de Besnier, opposée à celle de l'érythème polymorphe, *maladie autonome*.

Les partisans de l'autonomie de la maladie semblent être actuellement les plus nombreux depuis qu'au Congrès de 1929, les deux rapporteurs se sont rangés à cette façon de voir. Pour eux, les érythèmes polymorphes secondaires sont des érythèmes polymorphes idiopathiques authentiques, survenant « à titre d'accompagnement » (LORTAT-JACOB), explicables par la notion du biotropisme de Milian (RAMEL), analogues en cela à l'herpès, infection autonome « de sortie ».

*
**

La plupart des infections (à streptocoques, staphylocoques, gonocoques, tréponèmes) et des intoxications endogènes ou exogènes (urémique, gravidique, alimentaire, hydrargyrique, iodique) ont été décrites comme pouvant s'extérioriser par un *syndrome d'érythème polymorphe*, et invoquées comme sa cause intime.

Nous ne pouvons nous étendre ici sur l'étude de ces cas. Il en ressortirait d'ailleurs, nous le répétons,

que le terme d'érythème polymorphe semble avoir été le plus souvent appliqué improprement à des éruptions ressemblant seulement à cette dermatose, de même qu'il existe, dans les mêmes circonstances, des éruptions morbilliformes ou scarlatiniformes.

*
**

Les auteurs qui admettent comme vérité première l'autonomie de l'Erythème Polymorphe ne sont pas beaucoup plus avancés qu'au temps d'HÉBRA dans la connaissance de sa nature même, RAMEL et son école exceptés.

A la fin du siècle dernier, KOBNER, LEWIN, AUSPITZ, défendaient l'idée selon laquelle l'érythème exsudatif multiforme tirerait son origine d'une atteinte des nerfs vaso-moteurs. On parla alors « d'*angionévrose essentielle* ». Sans méconnaître l'importance que peut avoir le déséquilibre du système nerveux vago-sympathique dans l'apparition des érythèmes, cette théorie n'est plus guère prise en considération maintenant. Il resterait d'ailleurs à montrer la cause déterminante de ce déséquilibre.

D'autres, avec MACKENSIE, pensèrent pouvoir ranger l'érythème polymorphe parmi les formes cliniques de la *maladie de Bouillaud* classique, frappés qu'ils étaient par certaines analogies, en particulier les atteintes fréquentes de l'endocarde et des articulations dans les deux affections. Mais le fait que les

prétendus souffles cardiaques entendus au cours de l'évolution de la dermatose sont, pour ainsi dire, toujours anorganiques, et la notion de pseudo-rhumatismes lors d'infections variées, ont fait perdre beaucoup de crédit à cette théorie qui, elle aussi, n'est plus guère défendue.

Un microorganisme, appelé « *streptobacillus moniliformis* » par MM. LEVADITI, NICOLAU et POINCELOUX, « *Haverhillia multiformis* » par des auteurs américains, a été isolé du sang et des papules au cours d'une dermatose qui a été prise d'abord pour un érythème polymorphe vrai, et on a pensé un moment avoir découvert le germe de cette affection. Depuis, les essais pour le mettre en évidence dans de nombreux cas d'érythèmes polymorphes ont été presque constamment voués à l'échec.

Il reste qu'actuellement un certain nombre d'auteurs, suivant M. LORTAT-JACOB dans les conclusions de son rapport en 1929, considèrent l'érythème polymorphe comme une *maladie autonome dont l'agent infectieux est encore inconnu*.

*
**

Pour M. RAMEL (de Lausanne), il n'est pas douteux que cet agent soit le *bacille tuberculeux*. En 1929, dans un rapport qui a fait sensation, il a relaté les travaux minutieux qui l'ont amené à cette conviction.

Avant lui, avaient été publiées quelques obser-

vations dans lesquelles le bacille de Koch était invoqué à l'origine de l'Erythème polymorphe. Mais, pour leurs auteurs mêmes, c'était là une cause occasionnelle, la tuberculose pouvant se traduire, pensaient-ils, par un syndrome d'érythème polymorphe, au même titre qu'une autre infection.

Certaines considérations ont fait penser à M. RAMEL qu'il devait être sa cause essentielle dans tous les cas. Ce furent, d'une part, une certaine similitude entre le lupus érythémateux et certains érythèmes polymorphes fébriles, et d'autre part, l'observation d'un cas où des tuberculides papulo-nécrotiques se développèrent sur les traces d'un érythème exsudatif multiforme. Ces rapprochements l'ayant frappé, il entreprit de prouver son étiologie tuberculeuse par inoculations successives aux cobayes, des efflorescences ou du sang de sujets présentant un érythème polymorphe idiopathique, c'est-à-dire cliniquement sains par ailleurs.

Les primo-inoculations ne réalisèrent pas de tuberculose classique, type Villemin, où l'injection sous-cutanée de bacilles de Koch fait apparaître un chancre avec adénopathie satellite, suivi de généralisation et mort en quelques semaines. L'animal présentait seulement une réaction locale et ganglionnaire minime, et un certain retard dans l'accroissement pondéral. Ce handicap était rapidement compensé, et rien ne le distinguait bientôt plus des cobayes-témoins. Cependant, à l'autopsie, des lésions discrètes étaient trouvées au niveau du foie, des pou-

mons et de la rate qui, inoculés à de nouveaux cobayes, reproduisaient des altérations semblables, jusqu'au jour où, après un nombre de passages variable, apparaissait un chancre d'inoculation typique, prémonitoire d'une tuberculose lentement progressive et mortelle. Dans les ganglions et les organes de cobayes ainsi tuberculisés, il a pu être décelé de rares bacilles acido-résistants granuleux.

De telles expériences ont été faites avec succès dans plus de la moitié des cas sur lesquels elles ont porté. Une conclusion logique en découlait : *c'est qu'il existe chez les sujets atteints d'érythème polymorphe une septicémie à bacilles tuberculeux atypiques, peu nombreux, dont la virulence atténuée peut être exaltée par passages successifs.*

Ce bacille tuberculeux atypique *pourrait bien être le virus filtrant*, pense l'auteur. Il lui est arrivé en effet de voir quelques cobayes succomber dès la première inoculation, après un amaigrissement rapide. Or, c'est ainsi, on le sait, que se manifeste la tuberculose expérimentale par culture filtrée de bacilles de Koch, type Valtis-Calmette. De plus, dans les expériences de FONTES, reprises plus tard par VAUDREMER, ARLOING, VALTIS, CALMETTE, DUFOUT, la rate des cobayes tués par cultures filtrées de bacilles tuberculeux, injectée successivement à de nouveaux cobayes, était également capable de produire finalement une tuberculose classique, avec présence de bacilles de Koch. Les expériences de M. RAMEL ont abouti, nous l'avons vu, à des résultats tout-à-fait analogues.

Qu'il s'agisse ou non du virus filtrant, l'érythème polymorphe, même apyrétique, serait donc *la manifestation d'une « tuberculose hématogène, non folliculaire, à rapprocher des typhobacillooses de Landouzy ou des tuberculoses inflammatoires au sens de Poncet »*.

Cette opinion heurte évidemment les idées courantes, et l'on conçoit difficilement que l'érythème polymorphe, maladie presque constamment bénigne, puisse être due à une bacillémie tuberculeuse. Si l'on peut admettre qu'il en soit ainsi lors d'une primo-infection, il semble tout au moins déraisonnable de penser que les nombreuses récurrences d'érythèmes polymorphes puissent correspondre chaque fois à une septicémie.

M. RAMEL ne s'est pas laissé arrêter par ces objections, et éclairé par les conceptions de RANKE, REDEKER, VALTIS, DUFOURT, sur le développement de la tuberculose, il suggère pour expliquer ces récurrences, quelques idées qui pourraient bien être la clef du problème. Après la primo-infection, le bacille de Koch s'enkysterait au niveau des ganglions trachéo-bronchiques ou mésentériques; de là, il serait susceptible d'essaimer à la faveur d'une diminution de résistance de l'organisme, par un véritable « réveil de la primo-infection », ou bien par réinfection.

En effet, il semble établi actuellement que, dès que la cuti-réaction du sujet primo-infecté, de négative est devenue positive, c'est-à-dire dès qu'il est entré dans la phase allergique, les nouveaux bacilles reçus

par l'organisme « sont désintégrés et libèrent leurs toxines et leurs constituants toxiques. Ces réinfections agissent alors ainsi que le feraient des injections de petites doses répétées de tuberculine ou d'extraits acétoniques de bacilles de Koch : elles redonnent un pouvoir tuberculigène à l'ultra-virus tuberculeux » (DUFOURT), d'où reprise du processus évolutif au niveau des ganglions calcifiés, séquelles de la primo-infection.

Ces hypothèses sont étayées par le fait bien connu que l'inoculation de ganglions sclérosés, prélevés chez des sujets cliniquement non tuberculeux, n'en tuberculise pas moins souvent le cobaye. Donc le bacille n'est qu'enkysté dans ces ganglions ; il y est toujours vivant et il est capable d'essaimer, peut-être sous forme de virus filtrant. Et en effet, on constate dans maints cas d'érythème polymorphe, un « complexus radiologique » au niveau des hiles pulmonaires, identique à celui observé très fréquemment au cours de l'érythème noueux, et traduisant une réaction épi-tuberculeuse.

Au reste, *érythème polymorphe* et *érythème noueux* sont considérés par certains comme étant deux formes cliniques d'une même maladie : *la tuberculose inflammatoire non folliculaire*. M. RAMEL a effectivement réussi à mettre en évidence le bacille tuberculeux dans l'érythème noueux, par les mêmes procédés d'inoculations successives.

Dans certains cas d'érythème polymorphe, quelques éléments peuvent d'ailleurs prendre l'aspect de

l'érythème noueux, comme dans l'observation que nous relatons plus loin.

*
**

Sur le terrain *pathogénique*, l'accord se fait plus facilement entre les différents auteurs, et, que l'érythème polymorphe relève d'un germe ou d'un autre, il est probable que les faits se passent ainsi :

« La phase toute initiale répond, semble-t-il, à un essaimage septicémique que traduit seulement le syndrome infectieux plus ou moins marqué du début. Comme dans toute septicémie, le virus subit une lyse, par suite du mécanisme même de défense de l'organisme ; à ces destructions successives du virus, répond la mise en liberté de ses constituants antigéniques, vis-à-vis desquels l'organisme s'est sensibilisé lentement pendant la période prodromique, ce qui conditionne, au bout de sept à huit jours, un véritable état allergique. Dès lors, chaque élément éruptif traduira cette sensibilisation, au même titre qu'une intra-dermo réaction la met expérimentalement en évidence, et on conçoit facilement qu'à chaque lyse nouvelle corresponde une nouvelle poussée éruptive » (LORTAT-JACOB). En d'autres termes, « les éléments cutanés traduiraient pour ainsi dire les lyses de l'antigène au moment où le sujet sensibilisé est prêt à les détruire » (GASTINEL), comme dans les phénomènes anaphylactiques.

La conception de M. RAMEL est assez voisine : « les

éléments cutanés traduisent, dit-il, une réaction allergique, voire hyperergique, de la peau contre l'apport hématogène du germe, réaction tendant à la destruction de ce germe » ; ce qui expliquerait que le germe n'ait pu qu'exceptionnellement être décelé dans l'efflorescence.

Le rapprochement entre érythème polymorphe et érythème noueux peut être repris du point de vue pathogénique. Des auteurs mêmes qui n'admettent l'étiologie tuberculeuse constante ni de l'un, ni de l'autre, s'accordent à leur reconnaître une parenté pathogénique très proche. « Ce sont deux processus identiques, mais se passant à des étages différents du revêtement cutané » écrit par M. PAUTRIER, d'accord en cela avec M. GOUGEROT, pour qui ces deux érythèmes, ainsi que la dermatite nodulaire sont des « réactions défensives et destructives des embolies bacillaires chez des individus sensibilisés, en état de demi-immunité ; lorsque le virus échoue dans l'hypoderme, c'est l'érythème noueux ; s'il s'arrête dans le derme moyen, c'est la dermatite nodulaire, s'il n'atteint que la couche la plus superficielle dermo-papillaire de la peau, c'est l'érythème polymorphe ». (GOUGEROT).

*
**

Telles nous apparaissent les conceptions actuelles sur l'origine de l'Erythème Polymorphe : identité de vue presque complète des auteurs quant à sa patho-

génie ; divergence quant à son étiologie. Nous avons étudié plus à fond la théorie de l'étiologie tuberculeuse, parce qu'elle est à la fois la plus moderne et la mieux étayée, et qu'elle s'applique particulièrement au cas que nous décrirons maintenant.

OBSERVATION INEDITE

Madame P... Marie, 36 ans, entre dans le service de Dermatologie, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 18 décembre 1938, pour une affection cutanée datant d'une quinzaine de jours.

La malade présente, le jour de son entrée, une éruption d'*Erythème Polymorphe absolument typique*. Les lésions sont principalement situées sur le visage, le cou, les avants-bras et les mains.

Sur le visage il existe un placard inflammatoire diffus : sur le dos du nez, des placards rouges-violacés, gagnant ensuite les deux pommettes, ayant l'aspect en ailes de papillons, avec infiltration très importante. Sur le cou, on trouve huit à dix éléments d'âges différents, allant de la taille du petit pois à une pièce de deux francs.

Les éléments sont infiltrés et violacés ; ils ont l'aspect « en cocarde » de l'érythème polymorphe, avec un centre frisotté, presque vésiculeux, et un maximum de rougeur à la périphérie.

Sur la main gauche et l'avant-bras, on trouve une vingtaine d'éléments disséminés, là encore d'âges différents. L'aspect est beaucoup plus infiltrant qu'au cou.

En particulier, il existe sur l'annulaire, des lésions qui *simulent absolument l'érythème noueux*. Cependant, dans l'ensemble elles sont frisstées, avec une surface presque vésiculeuse. Sur l'avant-bras et la main droite, les lésions sont de même type, mais à un degré moindre.

Sur les membres inférieurs, il existe quelques éléments beaucoup plus rares et beaucoup moins rouges et violacés, quelques-uns à la face antérieure des deux genoux, les autres sur les cuisses et sur les jambes.

Toutes ces lésions sont très rouges ; à la palpation elles sont très chaudes et atrocement douloureuses.

En dehors de ces signes locaux, on trouve simplement un gonflement assez intense d'un *ganglion situé sous le maxillaire à gauche*, ganglion assez volumineux, avec péri-adénite, et douloureux à la palpation. Au niveau de l'œil gauche, il existe des lésions tout-à-fait typiques de *conjonctivite phlycténulaire*, diagnostic confirmé par M. le Professeur Gilbert Sourdille..

La température est élevée et oscille entre 38° et 39°.

En interrogeant la femme, on apprend que cette malade est mariée depuis deux ans et qu'elle a un enfant bien portant, âgé d'un an. Elle a toujours joui d'une excellente santé et a habité la campagne dans le pays de Retz jusqu'au mois de juin 1938. C'est seulement à cette date qu'elle est venue habiter Nantes.

A signaler que le mari, jusque là bien portant, a commencé à tousser et à maigrir il y a quelques semaines, et qu'on a vu se développer chez lui une tuberculose pulmonaire évolutive avec présence de bacilles de Koch dans les crachats.

Le diagnostic d'Erythème Polymorphe s'imposait.

Nous avons fait pratiquer chez cette malade un certain nombre d'examens de laboratoire :

La Cuti-réaction à la tuberculine a été fortement positive et phlycténulaire.

Une hémoculture faite à l'acmé de la température est restée négative.

De même, il a été impossible de déceler aucun germe dans les urines.

L'examen de sang a donné les résultats suivants :

Globules Rouges	3.690.000
Globules Blancs	7.600
Pourcentage Leucocytaire :	
Polynucléaires Neutrophiles	72
Polynucléaires Eosinophiles	1
Mononucléaires	22
Lymphocytes	5

Un examen radiographique du thorax n'a pas montré de lésions tuberculeuses en évolution, mais simplement une *opacité un peu développée au niveau des hiles*.

On prélève un fragment d'une lésion du bras droit. Une partie du fragment est examinée directement, l'autre est inoculée au cobaye.

L'examen histologique montre des lésions inflammatoires aiguës, avec œdème du derme, présence de nombreux polynucléaires, aspect tout-à-fait caractéristique d'un érythème polymorphe banal.

Le cobaye inoculé le 22 décembre 1938 est sacrifié le 4 février 1939. Il ne présentait pas de chancre d'inoculation et aucune lésion tuberculeuse.

L'Evolution de la maladie a été la suivante :

Le 25 décembre 1938. — L'éruption dans son ensemble a tendance à s'atténuer. Mais les efflorescences siégeant sur le dos du nez prennent un aspect nécrotique. Le placard violacé et rouge qui existait à ce niveau est devenu une *véritabre escarre noirâtre*.

Le 30 décembre 1938. — Une véritable poussée se produit. On note des arthralgies, une élévation de la température à 38°5 et un peu de diarrhée, en même temps qu'une poussée d'éléments érythémateux sur le bras, le cou et le membre inférieur droit.

Les jours suivants. — L'évolution est celle d'un érythème polymorphe ou noueux banal. Les phénomènes infectieux disparaissent, l'érythème s'atténue progressivement.

Mais alors que les autres éléments suivent la marche habituelle de l'affection, *les lésions du nez prennent un aspect de plus en plus anormal.*

L'escarre du dos du nez se détache, mais autour d'elle on constate un *aspect franchement végétant* ; il y a des végétations molles, avec, par endroits, de petites ulcérations. L'aspect rappelle celui de certains lupus mous, mais en d'autres points, simulerait plutôt une tuberculose végétante.

En même temps, les ganglions sous-maxillaires s'hypertrophient, surtout à gauche.

Le 21 janvier 1939 : devant cet aspect si particulier, une nouvelle biopsie est pratiquée au niveau du nez.

Une partie de la biopsie est examinée au point de vue histologique ; l'autre est inoculée au cobaye.

L'examen histologique montre des lésions inflammatoires subaiguës du derme et de l'épiderme :

L'épiderme présente de la parakétose avec quelques globes cornés et une infiltration de polynucléaires.

Le derme est le siège d'une infiltration intense. Les éléments cellulaires, très nombreux et très variés, sont surtout arrondis. Les uns semblent des cellules histiocytaires banales, mais beaucoup prennent l'aspect plasmocytaire ; l'aspect lymphocytaire est rare. Cette réaction cellulaire s'accompagne d'une réaction notable du tissu

réticulé qui est très développé. Ce tissu réticulé fin et lâche est dilacéré par l'œdème.

Les capillaires sanguins sont très dilatés et les lésions sont très congestives.

Diagnostic histologique : infiltration dermique subaiguë, sans caractère net de spécificité.

Le cobaye inoculé le 21 janvier 1939 est sacrifié le 11 février 1939 :

Au niveau du point d'inoculation, il existe un *chancre de primo-infection typique, avec adénopathie caséuse*. Le caséum contient des *bacilles de Koch en abondance*. Il s'agissait donc bien d'une tuberculose virulente qui a évolué comme suit :

Dès la fin de janvier, devant l'aspect des lésions, le traitement suivant est institué : scarifications du nez et cryothérapie chaque semaine.

De plus, à partir du 21 février, on y adjoint un traitement par l'Antigène Méthylique, dilué à doses progressives.

Sous l'influence de ce traitement, l'état du nez s'améliore rapidement de façon sensible. Mais l'adénopathie sous-maxillaire suppure et un séton doit être placé le 17 mars 1939.

La malade est envoyée à la campagne et revient tous les quinze jours pour les séances de neige carbonique et de scarifications.

Elle est suivie ainsi pendant un an. En janvier 1940, les lésions sont pratiquement guéries et l'aspect du nez est excellent. Le résultat esthétique est très satisfaisant.

COMMENTAIRES

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres : d'abord en raison de son exceptionnelle rareté et du diagnostic différentiel que pose cette tuberculose cutanée — ensuite parce qu'elle fait envisager avec une particulière acuité la nature tuberculeuse de l'Erythème Polymorphe — enfin parce que le caractère défensif de ces manifestations cutanées nous semble ici spécialement vraisemblable.

*
**

Le vocable d'Erythème Polymorphe a été souvent employé improprement, avons-nous déjà dit, par une extension abusive du terme pris dans son sens étymologique. Dans le cas présent, ce reproche ne saurait être fait, faisons-le d'abord remarquer.

Sans doute, l'affection que nous avons observée s'éloignait par certains traits du type habituel de l'Erythème exsudatif multiforme. C'est ainsi que

toutes les muqueuses, sauf la conjonctivite, étaient épargnées, fait inhabituel au cours d'un érythème polymorphe hautement fébrile, et que les éléments cutanés étaient très douloureux à la pression, comme dans l'érythème noueux.

Mais, d'une part, l'atteinte des muqueuses, pour fréquente qu'elle soit au cours des érythèmes polymorphes fébriles, n'en constitue nullement un signe pathognomonique, à tel point qu'HÉBRA n'en faisait pas mention. D'autre part, la douleur n'est pas rare dans cette affection, d'intensité modérée, il est vrai. Ici, elle était exagérée, probablement en raison précisément des nouures associées.

Au reste, les autres caractères étaient assez nets pour permettre à Monsieur le Professeur Yves BUREAU de poser d'emblée le diagnostic ferme d'Erythème Polymorphe. En particulier les lésions, avec leurs aréoles violacées au centre, rouges à la périphérie, réalisaient bien l'aspect classique « en cocarde ». Leur âge différent traduisant l'évolution par poussées subintrantes, et l'examen histologique montrant la triple association d'inflammation, d'œdème et d'infiltration cellulaire en manchons périvasculaires, étaient très caractéristiques de l'érythème polymorphe et confirmaient suffisamment le diagnostic.

*
**

Ainsi donc, sur une efflorescence d'Erythème Polymorphe, s'est développée une tuberculose cutanée

ulcéreuse et végétante. On peut se demander si ce terme est celui qui convient. *La coïncidence de ganglions homologues ayant finalement suppuré, pourrail conduire à penser qu'il s'agissait plutôt d'un chancre tuberculeux*, formant avec son adénopathie satellite un « complexe primaire cutané » ; et ceux qui n'admettent pas la nature tuberculeuse de l'Erythème polymorphe auraient beau jeu d'invoquer la genèse suivante : l'efflorescence a tenu lieu de porte d'entrée à la pénétration de bacilles de Koch émis par le mari tuberculeux de la malade, et ainsi s'est constitué un chancre d'inoculation.

Le fait est que dans la plupart des chancres cutanés signalés, la pénétration du germe tuberculeux s'était faite, selon toute vraisemblance, à la faveur d'une lésion préexistante de la peau (plaie, eczéma, furoncle, etc.). Pourtant, dans le cas présent, plusieurs points s'opposent à ce diagnostic :

— *L'aspect* de la lésion n'était pas celui du chancre tuberculeux tel qu'on le décrit habituellement. Cependant nous savons qu'il existe de nombreuses formes anormales, notamment des formes végétantes, aussi ne peut-on y attacher une trop grande importance.

— De beaucoup plus de valeur sont les résultats fournis par la *biopsie*. Tandis que l'examen histologique d'un chancre révèle constamment la présence de nombreux follicules tuberculeux avec cellules géantes et couronnes de cellules épithélioïdes, il n'a montré ici aucune formation spécifique.

— Enfin et surtout, *la constatation, antérieure à l'apparition de la lésion, d'une cuti-réaction positive à la tuberculine*, infirme à coup sûr l'hypothèse d'un chancre. Dans ce cas en effet, le virage ne se fait qu'après sa naissance, dix à vingt jours après en moyenne, cet intervalle représentant le temps nécessaire au sujet pour se sensibiliser et devenir allergique. Sans doute, certains auteurs ont parlé de « pseudo-complexe primaire de réinfection » pouvant apparaître chez des adultes antérieurement tuberculisés, mais devenus peu à peu anergiques par suite de la disparition progressive des anti-corps de leurs humeurs. Ce n'était manifestement pas le cas chez notre malade ; elle était au contraire hyperallergique, comme le prouvait la cuti-réaction phlycténulaire.

Nous étions donc bien en présence d'une tuberculose cutanée « sensu stricto ».

*
**

L'intérêt du cas que nous avons relaté tient en partie à sa rareté, avons-nous dit. En effet, d'après les recherches auxquelles nous nous sommes livré — mais qui peuvent être incomplètes, — les observations publiées de tuberculoses cutanées ou de tuberculides apparues sur dermatose de Hébra, se réduisent à deux, encore étaient-ce des tuberculides papulo-nécrotiques, bien différentes par conséquent de la lésion que nous avons observée.

Le premier cas, auquel nous avons déjà fait allusion, a été signalé par M. RAMEL. Il concernait une jeune fille de 15 ans qui, après un érythème polymorphe idiopathique fébrile tout-à-fait banal, localisé aux membres, vit apparaître des tuberculides papulo-nécrotiques « typiques », sur les traces encore visibles de l'érythème.

Le second a été rapporté par MM. CAUSSADE, LÉVY-FRANKEL et PÊTRE, dans une communication intitulée : « Erythème polymorphe et tuberculides papulo-nécrotiques concomitants à une tuberculose pleurale et pulmonaire évolutive ». Les accidents s'étaient déroulés par étapes successives, échelonnées sur une durée de treize années. Il s'agissait d'une femme, âgée de 29 ans lorsqu'elle eut, pour débiter, un érythème nouveau. Trois ans plus tard apparurent de nouvelles poussées d'érythème, nouveau en certains endroits, polymorphe en d'autres, très douloureux, poussées hautement fébriles, accompagnées de diverses autres manifestations : diarrhée, angine, arthralgies, atteinte fruste des sommets pulmonaires, adénopathies axillaires, cervicales et sous-maxillaires persistantes. Plus tard, ce furent : une pleurésie gauche, puis de nouvelles poussées très sérieuses d'érythème polymorphe, avec cortège pseudo-infectieux analogue, si ce n'est en plus une otite fongueuse. Plus tard encore, se développèrent des tuberculides papulo-nécrotiques au tiers inférieur des jambes, puis un érythème pernio et enfin une tuberculose pulmonaire bilatérale qui emporta la malade.



Chez le sujet précédent, la nature tuberculeuse de l'érythème polymorphe ne pouvait guère être mise en doute ; l'érythème n'était en somme qu'un maillon dans une chaîne d'accidents tuberculeux de plus en plus sérieux.

Chez notre malade, pour être moins nombreux et surtout moins apparents, les éléments ne manquent pas qui nous font reconnaître la même étiologie :

C'est d'abord la *conjonctivite phlycténulaire*, dont la nature bacillaire est généralement admise.

L'*engorgement des ganglions sous-maxillaires*, apparu précocement, était très vraisemblablement de même nature. Dans l'érythème polymorphe, l'adéno-pathie sous-maxillaire ou cervicale, quand elle existe, coïncide habituellement avec une atteinte des muqueuses bucco-pharyngées (RAMEL) et peut être alors aussi bien considérée comme une réaction inflammatoire banale, sous la dépendance de ces lésions. Cette dernière façon de voir ne peut être retenue ici, puisque ces muqueuses étaient respectées. Enfin et surtout, l'adénite a évolué comme une adénite tuberculeuse vers la suppuration.

L'existence d'une *cuti-réaction tuberculique fortement positive* constitue un autre élément en faveur de l'étiologie tuberculeuse. Sa signification comme telle est cependant contestée par certains dermatologistes qui objectent les expériences réalisées par

MM. THIBIERGE et GASTINEL. Ces auteurs ont en effet obtenu des intra-dermo-réactions positives avec des sérums divers, chez des sujets atteints d'érythème polymorphe, ce qui donne à penser qu'au cours de cette dermatose, il existe un « état particulier de réactivité cutanée », en sorte que « les causes les plus diverses irritant le tégument, provoqueraient toujours un même mode réactionnel » (LORTAT-JACOB). Pourtant M. H. RABEAU et Mlle UKRAINCZYK, qui, récemment, ont étudié l'allergie vis-à-vis de la tuberculine et d'autres substances, chimiques, bactériennes, et mycéliennes au cours de l'érythème nouveau, aboutissent à des conclusions inverses : l'exploration cutanée de leurs malades leur a révélé une « allergie tuberculinique nette et seulement tuberculinique ». Ces dernières expériences sont bien de nature à faire conserver toute sa valeur à la constatation d'une cuti-réaction positive, a fortiori quand elle l'est très fortement, comme c'est le cas ici, et telle est l'opinion à laquelle se rallient le plus grand nombre.

La mise en évidence d'une *opacité des hiles pulmonaires* plus développée qu'il n'est de règle, est un quatrième argument plaidant dans le même sens. Il est naturel de la considérer comme une petite réaction congestive épituberculeuse partie des ganglions hilaires où se retranche, on le sait, le bacille tuberculeux après le premier contagé. Des images radiologiques identiques se retrouvent très fréquemment dans l'érythème nouveau.

Des éléments d'érythème noueux se trouvaient du reste combinés à ceux de l'érythème polymorphe. Or, on sait que l'érythème noueux est actuellement considéré par la très grande majorité des auteurs comme la manifestation, soit d'une primo-infection tuberculeuse, soit d'une superinfection, ou bien encore du réveil d'une primo-infection chez un sujet antérieurement tuberculisé. Cette association n'est pas exceptionnelle, bien qu'assez rare. Un médecin norvégien, PERL L. ROTNES, l'a constatée dans 8,8 % des érythèmes noueux. En France, sont publiés chaque année un ou deux cas semblables. Elle vient à l'appui de l'opinion défendue par MM. GOUGEROT, PAUTRIER et d'autres, selon laquelle ces deux érythèmes seraient deux processus identiques, mais se passant à des étages différents de la peau. Rappelons à ce propos que M. RAMEL aurait également mis en évidence dans l'érythème noueux la septicémie tuberculeuse, par sa méthode des inoculations successives aux cobayes.

*L'apparition d'une tuberculose cutanée est à nos yeux une dernière preuve de l'origine tuberculeuse de cet érythème polymorphe. Il n'est pas vraisemblable qu'elle ait été le fait du hasard, pas plus d'ailleurs que dans les cas analogues signalés et nous pensons que tuberculose cutanée et érythème polymorphe étaient de nature identique, la première représentant l'infection *localisée*, succédant à la phase d'infection tuberculeuse *généralisée*, traduite par l'érythème.*



Telle est notre conception qui explique la succession des faits à la lumière des idées introduites par RANKE sur le cycle de l'infection tuberculeuse. Rappelons que, d'après cet auteur, ce cycle comprend trois stades : — le premier est caractérisé par la constitution du « complexe primaire » : chancre d'inoculation, le plus souvent pulmonaire, avec adénopathie satellite. Ce stade est habituellement muet cliniquement. — Le second correspond à la migration des bacilles par voie sanguine et lymphatique, pouvant donner lieu à diverses réactions exsudatives aiguës, mais relativement peu graves. — Enfin, le sujet tuberculisé passe insensiblement à la troisième phase caractérisée par la diminution progressive de l'allergie, l'organisme devenant parallèlement plus tolérant. Les lésions se localisent alors, mais en revanche sont tenaces et évoluent lentement.

Dans le cas présent, on peut penser que les faits se sont succédés comme suit : la malade qui avait toujours vécu à la campagne jusqu'en juin 1938, était vierge de toute infection tuberculeuse, ou tout au moins, si elle était déjà infectée, cette infection était pratiquement éteinte, quand elle a été contaminée par son mari, qui lui, avait fait à son arrivée à la ville une tuberculose banale de réinfection. Ce stade primaire est passé inaperçu chez elle, comme c'est la règle.

Au début du stade secondaire, est apparu l'Erythème polymorphe, correspondant à la bacillémie, comme tendent à le démontrer les expériences de M. RAMEL. Il est logique de penser que les autres manifestations cliniques lui formant cortège répondaient également à la même origine : non pas seulement la conjonctivite phlycténulaire et l'adénopathie, mais aussi les arthralgies assimilables au rhumatisme tuberculeux inflammatoire de Poncet. Les caractères bien spéciaux de ces accidents, sont peut-être sous la dépendance d'une forme spéciale du bacille tuberculeux, le virus filtrant, ainsi que nous l'avons déjà vu.

Enfin, alors que dans la plupart des cas l'« infection s'arrête à ce stade, (probablement parce qu'elle est dermatrope, comme nous le dirons plus loin), ici, peut-être parce que le contagion était massif et répété, la maladie l'a dépassé avec une rapidité extraordinaire pour présenter la lésion tuberculeuse cutanée localisée, accident du stade tertiaire pensons-nous.



L'histoire de notre malade nous paraît illustrer particulièrement la théorie générale pathogénique selon laquelle bon nombre de dermatoses traduiraient la défense de l'organisme contre une infection ou une intoxication. MM. GOUËRÔT et Guy LAROCHE ont écrit, il y a longtemps déjà, à propos de certaines d'entre-

elles, qu'elles sont « des réactions défensives, presque toujours victorieuses, chez des individus sensibilisés, en état de demi-immunité ». La peau ne serait pas seulement le lien et le témoin passif de la lutte ; « elle y participe activement, par un processus complexe, notamment par sécrétions tissulaires » pense M. GOUGEROT. Cet auteur a constaté que « certaines septicémies chroniques, avec endocardite indéterminée » restent peu graves lorsque les éruptions cutanées concomitantes sont très marquées, tandis que l'endocardite d'Osler, pauvre en réactions cutanées, aboutit à la mort ; et il qualifie les nodules d'Osler de « réactions cutanées défensives incomplètes, insuffisantes ». Il est d'autre part notoire que lorsque l'éruption « sort mal », ou lorsqu'elle « rentre » prématurément, comme c'est le cas parfois dans les fièvres éruptives ou dans l'eczéma, les phénomènes généraux s'aggravent parallèlement et le pronostic de l'affection s'en trouve assombri. L'infection syphilitique nous fournit un autre exemple de ces faits et l'on sait que les syphilis dermatotropes telles qu'elles se manifestaient au temps de Christophe Colomb et sont encore actuellement vues en Afrique du Nord, sont relativement bénignes, à tel point que certains syphiligraphes irritent artificiellement l'épiderme pour appeler le tréponème vers la peau, ou même préfèrent attendre la roséole pour traiter les malades, afin de ne pas « rentrer » la syphilis.

Il semble qu'il en soit de même en ce qui concerne l'infection tuberculeuse, et le cas de notre malade

nous paraît assez démonstratif de ce point de vue. On peut en effet admettre que si l'infection tuberculeuse a été bénigne, c'est précisément parce qu'elle a été dermatrope, et parce que la réaction cutanée défensive a été spécialement riche, représentée successivement par un érythème polymorphe et une tuberculose cutanée. Moins intense, peut-être n'aurait-elle pas suffi à détruire les bacilles qui se seraient alors portés sur des organes profonds où ils auraient pu produire de graves dommages. Nous avons personnellement observé, à propos de l'érythème noueux, un cas qui nous fortifie dans cette façon de voir. Il s'agissait d'une jeune femme de 20 ans chez qui nous vîmes apparaître au cours d'une typho-bacillose quelques nouures nettes, mais très peu nombreuses, et qui disparurent rapidement. Par la suite, la température s'accrut et la tuberculose se manifesta successivement par un rhumatisme inflammatoire de Poncet localisé au poignet, puis par une granulie. Peut-être dans le cas présent la malade aurait-elle subi le même destin, si la défense cutanée avait été moins parfaite ?

Nous inclinons donc à penser que l'érythème polymorphe, ainsi que l'érythème noueux, ne sont si peu graves que parce que la septicémie tuberculeuse qu'ils extériorisent est dermatrope. Et si celui-là est habituellement plus bénin, s'il est plus rarement suivi de manifestations tuberculeuses localisées à des organes profonds, c'est probablement *parce que dans l'érythème polymorphe les réactions cutanées défen-*

sives sont plus riches et se passent dans une couche plus superficielle de la peau, comme si l'infection avait davantage tendance à sortir que dans l'érythème noueux.

*
**

Quand à l'apparition de la tuberculose cutanée chez notre malade, nous croyons pouvoir l'expliquer, ainsi : le contagé étant très important et surtout, répété, du fait du mari tuberculeux, l'érythème exsudatif multiforme n'a pas suffi à juguler l'infection. La lutte de l'organisme contre elle s'est donc prolongée. Mais elle s'est localisée parce que c'est la règle, nous l'avons vu, à une période plus avancée du cycle de la tuberculose ; elle s'est localisée à la peau, parce que les lésions encore chaudes de l'érythème polymorphe appelaient les germes vers elle ; à la peau du nez, parce que les tuberculoses cutanées affectionnent particulièrement la face.

Mais la peau a continué à se défendre, et sur cet organisme hyperallergique du fait de la primo-infection encore toute récente, la lésion a revêtu au début un aspect nécrotique permettant sans doute de l'assimiler à *un phénomène de Koch*, comme si, en effet, par suite de l'hypersensibilisation de la malade, la peau tendait à éliminer les germes tuberculeux par cette sorte d'escarre noirâtre. Ceux-ci arrivaient peut-être à la lésion par voie sanguine ou lymphatique, réalisant le *phénomène de Koch spon-*

tané, tel que le conçoit M. GOUGEROT. Mais peut-être aussi venaient-ils de l'extérieur, apportés par des sécrétions bacillifères du mari ; dans ce cas il s'agirait d'un véritable *phénomène de Koch expérimental*, tel qu'on l'observe au laboratoire sur l'animal. L'existence d'une adénopathie sous-maxillaire plaide en faveur de la première interprétation ; on peut voir en effet dans l'adénite le camp retranché d'où les bacilles ont émigré vers la lésion du nez, véritable porte de sortie. En faveur de la seconde est au contraire l'aspect végétant ultérieur de celle-ci, simulant une tuberculose verruqueuse, dans laquelle l'apport des bacilles se fait classiquement par voie exogène. Nous ne savons laquelle de ces deux interprétations correspond à la réalité des faits.

Quoiqu'il en soit, le gros effort de défense cutanée que traduisait l'escarre noirâtre n'a pas été, semble-t-il, assez persévérant pour venir complètement à bout des bacilles. Aussi, la sensibilisation de l'organisme diminuant avec le temps, *la tuberculose cutanée s'est-elle modifiée par la suite pour revêtir finalement un aspect végétant en certains endroits, pseudo-lupique en d'autres, correspondant, croyons-nous, à une forme moins allergique.*

CONCLUSIONS

1° — L'étiologie de l'Erythème Polymorphe est encore mal élucidée.

Il emble bien que cette affection soit très voisine de l'Erythème Noueux. Mais alors que l'Erythème Noueux est actuellement considéré presque unanimement comme une manifestation de la Tuberculose, la question est beaucoup plus discutée lorsqu'il s'agit de l'Erythème Polymorphe.

II° — Nous avons observé une malade qui, dans la convalescence d'un Erythème Polymorphe typique, a présenté sur le nez, greffée en quelque sorte sur un élément polymorphe, une Tuberculose vraie du nez, dont la nature tuberculeuse a été affirmée par l'inoculation au cobaye.

III° — Cette observation démontre les rapports étroits entre l'Erythème Polymorphe et la Tuberculose, et l'hypothèse de sa nature tuberculeuse en est renforcée.

IV° — L'interprétation pathogénique est d'ailleurs discutable. Il est tentant d'assimiler notre cas à un véritable « Phénomène de Koch », bien que cela ne puisse être affirmé avec certitude.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,
H. GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de Recteur de l'Académie de Paris
CH. MAURAIN

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSEN (W. Th.). — Skin lésions and conjunctivitis as early tuberculosis (érosive pluri-orificial ectodermis). (*Ugesk leger*, 99 : 973-974, 16 septembre 1937).

CARRERA (J. L.) et SEVANE (M.). — Eritema polimorfo y tuberculosis. (*Revista argent. de dermato-syphil.*, 22 ; n° 3, 1938).

CAUSSADE (G.). — Guérison absolue datant de 9 ans 1/2 d'une typho-bacillose ayant évolué avec un érythème polymorphe. Considérations sur les érythèmes polymorphes tuberculeux et sur la typhobacillose. (*Bul. et Mém. Sté Méd. des H. de Paris*, 53 : 826-830, 1^{er} juillet 1929).

CAUSSADE (G.), LÉVY-FRANKEL (A.) et PÊTRE (J.). — Erythème polymorphe et tuberculides papulo-nécrotiques concomitants à une tuberculose pleurale et pulmonaire évolutive. (*Bul. et Mém. Sté Méd. des Hôp. de Paris*, n° 2, 28 janvier 1935).

(1) Nous remercions la Direction du « *Monde Médical* » dont les « Fichiers » ont grandement facilité nos recherches bibliographiques.

CEDERCRENTZ (A.). — Late examinations of patients with érythema nodosum and érythema exsudativum multiforme de not support tuberculous nature. (*Finska. lak. sällsk. handl.*, 73 : 61-69, janv. 1931).

DROMANSKI (A.). — Résultats des inoculations par passages successifs au cobaye dans les tuberculides, l'acné et les érythèmes polymorphes. (*Strasbourg médical*, n° 23, 15 août 1933, p. 561).

DUFOUT (A.). — La Primo-Infection tuberculeuse. (*Sté Méd. des Hôp. de Lyon*, 9 mars 1937).

DUVOIR (M.), POLLET (L.) et PICQUARET (A.). — Erythème polymorphe au cours d'une pneumonie aiguë à rechute. Streptococcie ou Tuberculose. (*Bull. et Mém. Sté Méd. des Hôp. de Paris*, n° 25, 23 juillet 1934, p. 1.240).

GADRAT (J.). — L'érythème Polymorphe inaugural de tuberculose aiguë. (*Toulouse Méd.*, 15 fév. 1933, n° 4).

GAUCHER et NATHAN. — Erythème polymorphe et Tuberculose. (*Bull. Soc. dermat.*, 1908, p. 30).

GAUCHER, GOUGEROT et GUGGENHEIM. — Erythème polymorphe et Purpura d'origine tuberculeuse. (*Bull. Soc. Derm.*, 2 mars 1911, p. 102).

GOUGEROT (H.) et DEGOS. — Trois cas d'érythème polymorphe iris, disparaissant rapidement après intradermo-réaction positive à la tuberculine. (*Bull. Sté Franç. de Derm. et Syphil.*, 41 : 1523-1525, juillet 1934).

GOUGEROT (H.). — Remarques générales nosographiques, étiologiques, pathogéniques, pronostiques sur les

dermatites nodulaires. (*Société de Dermatologie*, 8 déc. 1932, N° 9, p. 1618).

GOUGEROT (H.) et LAROCHE (G.). — Etiologie et Pathogénie des tuberculides cutanées. (*Gaz. des Hôp.*, 27 janv. et 3 fév. 1912).

GOUGEROT (H.). — Phénomène de Koch tuberculeux spontané. (*Journal des Praticiens*, 8 février 1936).

LANDOUZY. — Erythèmes noueux, polymorphes bacillaires. (*Assoc. franç. pour l'avancement des Sciences*, (Août 1907, p. 337).

LANDOUZY et LOEDERICK. — Erythèmes noueux, polymorphes bacillaires. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 28 juillet 1918, p. 223).

LEFÈVRE (P.). — L'Erythème Polymorphe. (Syndrome ou maladie). Son origine tuberculeuse. (*Semaine des Hôp. de Paris*, 15 mars 1930, p. 150-156).

LIEBNER (E.). — Tuberculin sensibility in exsudative erythema multiforme. (*Gyogyaszat*, 68 : 842-845, 27 octobre 1929).

LORTAT-JACOB (L.). — Les Erythèmes Polymorphes. (*Rapport au IV^e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française*, Paris, 25-27 juillet 1929).

MAYERHOFER (Y.). — Erythème polymorphe et Tuberculose. (*Zeit. F. Tuberk.*, T. 72, N° 1, 1935).

ONTANIDA (L. E.), ROTTJER (E. A.) et PASQUALINI (R. Q.). — El eritema polimorfo como manifestacion de primo infeccion tuberculosa en el adulto. (*Rev. Assoc. Med. Argent.*, 49 : 915-922, July 1935).

RABEAU (H.) et Mlle UKRAINCZYK. — Tests biologiques dans l'Erythème noueux. (*Bull. Sté Franç. Dermat. et Syph.*, 1938, p. 1125).

RAMEL (E.). — Les Erythèmes Polymorphes. (*Rapport au IV^e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française*, Paris, 25-27 juillet 1929).

RAMEL (E.). — Nouvelles recherches sur l'étiologie de l'Erythème Polymorphe dit idiopathique et ses relations avec la tuberculose atténuée non folliculaire. (*Schweiz Med. Wchuschr.*, 59 : 1196-1197, 30 nov. 1929).

SHAMUILVFF (V. N.). — Multiforme exsudative érythéma and tuberculosis. (*Vénérol i dermatol.*, 8 : 70-73, oct. 1931).

SUNDFOR (H.). — Erythéma exsudativum multiforme and tuberculosis. (*Med. Rev. Bergen.*, 54 : 557-565, Décembre 1937).

TAUBER (E. B.) et GOLDMAN (L.). — Atypical forms of skin tuberculosis in chloud children érythema exsudativum multiforme bullosum probably of tuberculous origin. (*Arch. Pediat.*, 53 : 540-549, Aug. 1936).

Angers. — L'Imprimerie de l'Anjou. 21, boulevard Gaston-Dumesnil.

